

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 27 Avril 1893, à 1 heure

PAR

Félix DERIEN

Né à la Roche-Bernard (Morbihan), le 6 avril 1862.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
KYSTES DERMOIDES
DE L'OVAIRE

Président : M. LABOULBÈNE.

Juges : MM. } BALLET, professeur.
 } MARFAN et MÉNÉTRIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

193

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES DERMOIDES DE L'OVAIRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552025_0049

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1893

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 27 Avril 1893, à 1 heure

PAR

Félix DERIEN

Né à la Roche-Bernard (Morbihan), le 6 avril 1862.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
KYSTES DERMOIDES
DE L'OVAIRE

Président : M. LABOULBÈNE.

Juges : MM. } BALLET, professeur.
 } MARFAN et MÈNÉTRIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	N.
Thérapeutique et matière médicale.....	POUCHET.
Hygiène.....	HAYEM.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	POTAIN.
	ACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.....	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TILLAUX.
	LE FORT.
Clinique chirurgicale.....	DUPLAY.
	LE DENTU.
	GUYON.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	PANAS.
Clinique ophthalmologique.....	TARNIER.
Clinique d'accouchement.....	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUL.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	ROGER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	SCHWARTZ.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SEBILLEAU.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	TUFFIER.
BRISAUD.	GLEY.	NETTER.	VARNIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomiques	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	QUENU.	
CHAUFFARD.	LETULLE.	REITTERER.	
DEJERINE.	MARFAN.	RICARD.	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Docteur LABOULBÈNE

Professeur à la Faculté de Médecine
Président à l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur.

MEIS ET AMICIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
KYSTES DERMOIDES DE L'OVAIRE

INTRODUCTION

C'est sur les conseils de notre cher et excellent ami, le Dr Pilliet, que nous avons choisi comme sujet de notre thèse inaugurale, une étude sur les kistes dermoïdes de l'ovaire.

Comme cette question est loin encore d'être résolue, nous avons cru utile de publier quelques notions qu'a bien voulu nous communiquer le Dr Pilliet, persuadé que l'obscurité qui règne sur l'étude de ces kistes ne se dissipera que grâce aux lumières que répandront sur eux l'observation et la comparaison du plus grand nombre de faits.

Et maintenant, qu'il nous soit permis d'adresser à notre ami, le Dr Pilliet, l'expression de notre profonde gratitude, pour le bienveillant intérêt qu'il nous a témoigné dans la composition de ce travail. Après nous en avoir suggéré l'idée, il a été notre guide et par ses savants et précieux conseils, nous a souvent tiré d'embarras.

Que M. le professeur Laboulbène veuille bien agréer l'expression de nos sentiments les plus res-

pectueux et de notre plus vive reconnaissance pour l'honneur qu'il a daigné nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous ne saurions enfin trop remercier notre collègue, M. Godefroy Gros, pour l'amabilité avec laquelle il nous a aidé dans la rédaction de notre travail.

DÉFINITION

On appelle kyste dermoïde une tumeur congénitale formée par une cavité close de toutes parts et dont le caractère essentiel est d'avoir pour enveloppe une membrane dont la texture se rapproche beaucoup de celle de la peau.

Les régions où on les rencontre de préférence sont : la queue du sourcil, le cou, le testicule et l'ovaire.

Nous nous occuperons uniquement dans notre travail des kistes dermoïdes de l'ovaire et nous étudierons successivement :

- 1° Les théories pathogéniques des kystes de l'ovaire ;
 - 2° Leur anatomie pathologique ;
 - 3° Leur étiologie ;
 - 4° Leur symptomatologie et leur diagnostic ;
 - 5° Leur pronostic ;
 - 6° Leur traitement ;
 - 7° Enfin, la dernière partie de notre travail sera consacrée à la relation des observations.
-

CHAPITRE PREMIER

Historique et examen des diverses théories sur la formation des kystes dermoïdes de l'ovaire

Les tumeurs kystiques de l'ovaire paraissent être connues depuis longtemps. Gallien, Celse, Aetius, ont certainement connu ces tumeurs, mais sans chercher à expliquer leur mode de formation.

Les auteurs du moyen âge, Ambroise Paré lui-même, attribuent à ces lésions une cause surnaturelle.

En 1675, Coley cherche à donner une explication naturelle à l'origine de ces kystes. A son avis, ces tumeurs ne se développeraient qu'à la suite d'un acte copulatif avorté.

Après Coley, Buffon dans son histoire naturelle, puis Otto, Baillié, essaient chacun à leur manière d'expliquer l'origine de ces kystes.

Pour l'illustre anatomiste Meckel (1815), l'acte copulatif n'est pas nécessaire pour la formation de ces tumeurs qui peuvent résulter d'un excitation contre nature des organes génitaux.

« Rien ne prouve, dit-il, que la femme n'ait point la faculté de produire, sans le concours de l'homme, des ébauches, imparfaites au moins, d'organismes nouveaux... » En tous cas, Meckel prend pour point de départ des tumeurs kystiques de l'ovaire les follicules ovariens dont Regnier de Graaf a montré l'existence en 1672.

Nous voyons donc jusqu'à présent émise comme explication, l'idée d'une formation anormale, résultant elle-même soit d'une union sexuelle, soit d'une excitation isolée, contre nature de l'appareil générateur.

Il faut arriver à la nouvelle ère de la chirurgie abdominale pour voir apparaître, méthodique, réfléchie, la curiosité des investigateurs, qui profitant de l'abondance des pièces fraîches recueillies, vont alors essayer de tracer l'histoire exacte de ces néoformations.

Cette partie de l'historique est de date relativement récente, car c'est en 1861 seulement que nous voyons Nélaton rapporter en France deux kystes multiloculaires de l'ovaire, opérés devant lui en Angleterre par Baker-Brown.

Nous allons passer rapidement en revue les différentes théories qui depuis cette époque ont été émises sur ce sujet.

Grossesse extra-utérine. — Pour Cruveilhier, les kystes dermoïdes développés dans l'ovaire et qui renferment des cheveux ou des dents, sont une formation anormale résultant d'une union sexuelle.

« Que les kystes de l'ovaire, dit en effet Cruveilhier, contenant des poils, des dents, des fragments d'os, des portions de peau, témoignent de la présence d'un germe fécondé, en partie détruit et dont il n'existe que quelques vestiges, c'est, je pense ce qui ne sera révoqué en doute par personne aujourd'hui, et je ne saurais admettre qu'il existe certains états pathologiques dans lesquels peuvent se développer des dents, des os, des cheveux, en un mot des produits morbides.

qui ressemblent tellement à des débris de fœtus que l'observation la plus attentive ne puisse éviter l'erreur.»

Sedillot, Cazeaux, Maisonneuve, se prononcent eux aussi pour une grossesse ovarique.

Pour Huguier, Grisolles, Vidal de Cassis, les kystes dermoïdes proviennent d'une grossesse ovarique. Le fœtus a succombé à une époque plus ou moins rapprochée de la conception et les parties les plus réfractaires ont seules résisté à l'absorption.

Théorie de l'inclusion. — Une autre théorie admise sans réserves par Pigné (1815) est celle de l'inclusion. Les cheveux, les ongles trouvés dans les tumeurs de l'ovaire dont nous nous occupons auraient été secretés par le sac contenant la tumeur, sac, qui dans ce cas aurait acquis une forme organisée et aurait revêtue les caractères de la peau.

Cette opinion a été aussi celle de Velpeau, et, avant, celle de Geoffroy, Saint-Hilaire.

Hétérotopie. — Nous ne dirons qu'un mot de l'explication que Lebert donne à l'origine de ces tumeurs kystiques de l'ovaire. Il les attribue à l'hétérotopie plastique, loi de pathogénie générale qu'il formule ainsi : « les tissus simples ou composés, et des organes plus complexes, peuvent se former de toutes pièces dans toutes les parties du corps, ou à l'état normal on n'en rencontre point. »

Malheureusement, cette théorie, comme le fait bien observer Courty, n'explique rien, « elle ne fait qu'exprimer par un mot l'affirmation du fait lui-même. »

Théorie de l'enclavement. — Une théorie plus satisfaisante et très scientifique est celle de l'enclavement, imaginée par Verneuil et soutenue et développée par des élèves de ce distingué chirurgien. En deux mots, voici en quoi consiste cette théorie : d'après Verneuil, pendant le développement fœtal, et au moment de la fusion des divers segments du corps de l'embryon, des portions épiblastiques se sont trouvées pincées entre les lèvres de la suture, et de la sorte emprisonnées, incarcérées dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ces greffes accidentelles se mettant à proliférer en vertu de leur énergie propre pourront donner naissance aux diverses productions qui dérivent du feuillet externe, et ainsi se trouvera constitué un kyste dermoïde.

Cette théorie paraît avoir été éprouvée expérimentalement par Masse (de Bordeaux), qui, greffant de l'épiderme dans la cavité péritoniale de certains animaux, a vu cet épiderme proliférer et a pu obtenir ainsi des productions épidermiques analogues à celles qu'on trouve dans les kystes dermoïdes.

Quelque séduisante que paraisse cette théorie de l'enclavement, elle est loin encore de nous satisfaire, et à notre avis, la théorie qui, jusqu'ici, nous fournit de l'origine des tumeurs kystiques de l'ovaire la meilleure explication est la théorie dite de la Parthénogénèse, dont nous allons maintenant dire un mot.

Parthénogénèse. — De l'ovule fécondé dérivent tous les tissus de l'organisme ; ne pourrait-il pas se faire, qu'en dehors de toute fécondation, par

parthénogénèse, l'ovule, sous une influence encore inconnue, se développât anormalement en donnant naissance aux nombreuses variétés de tissus que peuvent contenir les kystes dermoïdes ?

Cette théorie semble avoir été admise en 1880 par Malassez. Nous lisons, en effet, dans le catalogue du musée Dupuytren, à propos des kystes dermoïdes de l'ovaire :

« M. Malassez, qui a bien voulu examiner ces pièces, pense qu'il s'agit de phénomènes de parthénogénèse, comme il s'en rencontre chez certains animaux inférieurs. »

Lawson Tail n'élève pas d'objections contre cette théorie et paraît s'y rattacher (*Maladie des ovaires*, éd. française, 1886, p. 238). MM. Lannelongue et Achard l'adoptent dans leur *Traité des kistes congénitaux* (1884, p. 142).

Doit-on admettre cette théorie ? La parthénogénèse est-elle possible chez l'homme ? Oui ; la science actuelle peut nous autoriser à admettre la segmentation d'un ovule encore situé dans l'ovaire et n'ayant subi aucune fécondation.

Et d'abord la segmentation de l'œuf sans fécondation possible a été constatée chez la femme et, avec une précision remarquable, par un des meilleurs histologistes français, Morel ; voici, en effet, ce qu'il dit : « La segmentation du vitellus qui, dans l'œuf fécondé est le point de départ des métamorphoses qui doivent produire l'embryon... n'est pas nécessairement le résultat du contact des deux germes mâle et femelle.

Les faits suivants nous paraissent très significatifs à cet égard. En examinant les vésicules de de Graaf hypertrophiées chez des femmes mortes de péritonite puerpérale, huit ou dix jours après l'accouchement, nous avons rencontré plusieurs ovules mesurant $\frac{1}{10}$ à $\frac{1}{7}$ de millimètre, dans lesquelles la segmentation était aussi nettement dessinée que dans les œufs fécondés : seulement les cellules du pseudo-blastoderme subissaient déjà la métamorphose graisseuse, quelques-unes étaient mêmes réduites à l'état de cellules adipeuses. Dans d'autres ovules, le contenu était complètement transformé en une masse graisseuse. Tous ces ovules étaient entourés d'une zone cellulaire provenant du disque prolifère de la vésicule de de Graaf, et dont les éléments sphériques ne pouvaient être confondus avec les cellules polyédriques résultant de la segmentation du jaune qui est donc possible sans fécondation préalable, mais l'œuf reste stérile. » (Morel, *Histologie humaine*, 1866. p. 211).

La segmentation de l'ovule dans l'ovaire est donc possible, sans qu'on puisse invoquer pour l'expliquer la fécondation par les cellules mâles. Du reste l'observation de Morel n'est pas la seule.

M. le professeur Mathias Duval ayant constaté que la segmentation sans fécondation est un fait assez commun dans l'œuf de la poule, et qu'elle peut aller jusqu'à la production des deux feuilletts primitifs, l'interne et l'externe, avant la dégénérescence des éléments, rechercha si d'autres faits semblables avaient été notés, et montra que chez les poissons, chez les

oiseaux pigeons et poules, chez les lapins, la truie, la segmentation de l'ovule avait été signalée par différents auteurs, à différentes époques. (M. Duval. sur la segmentation sans fécondation. C. rendus, soc. biologie, 1884, n° 35, t. I, p. 585).

Ainsi donc nous avons la base anatomique que nous cherchions : une segmentation sans fécondation de l'ovule peut donner lieu à un amas de cellules qui se détruisent ; elle peut même former aussi des feuillets.

Pour expliquer les kystes de l'ovaire, il nous suffit de supposer que ces feuillets eux-mêmes végètent et produisent des tératomes plus ou moins compliqués, étant tantôt réduits en effet à des fragments endodermiques ; tantôt au contraire les différents feuillets s'associant pour la production de la tumeur.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique

Les kystes dermoïdes sont le plus souvent petits ; mais ils peuvent devenir volumineux par leur combinaison avec des kystes proligères, ou même simplement par le fait d'une poussée inflammatoire qui augmente brusquement leur contenu liquide. Ils sont beaucoup moins fréquents que les kystes proligères.

Ils sont remarquables par le degré élevé des productions qu'on y rencontre. Ce sont des épithéliums variables, stratifiés, à cils vibratiles, des glandes sébacées, des follicules pileux, des dents ; toutes les variétés du tissu conjonctif, de l'os, du cartilage et même du tissu musculaire.

Nous allons étudier successivement le paroi de ces kystes, leur contenu et leur dégénérescence cancéreuse.

Paroi. — La paroi des kystes dermoïdes de l'ovaire présente une épaisseur variable. Tantôt très mince elle ne mesure pas plus de 1 ou 2 millimètres, tantôt plus épaisse elle atteint 5 ou 6 millimètres. D'ailleurs cette épaisseur varie même dans les différents points de l'étendue de la membrane.

La face externe contracte fréquemment des adhérences avec les organes abdominaux, surtout avec l'épiploon.

La face interne est quelquefois lisse et polie ;

souvent tomenteuse et irrégulière présentant des saillies et des élevures verruqueuses. Tapissée par de la peau, elle présente en un point une saillie, une véritable papille, d'où part un bouquet de poils, ou bien qui porte une ou deux dents reposant sur un maxilloïde plus ou moins développé. Sa structure est identique à celle du revêtement cutané; l'épithélium qui la recouvre rappelle l'épiderme. Il est formé comme lui de plusieurs couches, et on trouve, en allant de la surface libre ou interne vers la surface adhérente ou externe: 1° une couche de cellules cornées très épaisse; 2° une couche de cellules simples remplies de granulations d'éléidine; 3° une couche de cellules polygonales à dentelure très fine; 4° une couche de cellules cylindriques reposant directement sur le derme.

Le derme présente sa structure habituelle. Au niveau de la surface avoisinant l'épiderme, il envoie quelquefois des prolongements qui forment les papilles dont nous avons déjà parlé. Ces papilles sont très variables entre elles en longueur et en épaisseur. Leur disposition n'est jamais régulière; leur réunion a pu simuler un mamelon (Pozzy). Des glandes sébacées ont été observées par Friedlander pour la première fois, on y trouve aussi des glandes sudoripares.

Un panicule adipeux sépare la couche dermique de la couche fibreuse du kyste.

Dans quelque cas, cependant la structure de la peau est modifiée. Quelquefois on trouve seulement une paroi fibreuse tapissée d'une couche épithéliale; d'autre fois, l'épithélium peut être tombé dans l'inté-

rieur du kyste et la paroi se trouve réduite à une simple couche fibreuse (Kirmisson). Elle peut être calcifiée par places, ou recouverte de fibres lamineuses enroulées, de tissus sarcomateux ou embryoplastiques, ce que nous étudierons dans un instant.

Contenu. — Le contenu de ces sortes de tumeurs est très complexe. On y trouve d'abord un liquide oléagineux de coloration et de consistance variables : parfois clair, non visqueux, généralement filant, provenant des glandes sébacées qui tapissent la surface interne, rosé s'il renferme un peu de sang. Ce liquide, mélangé aux débris des cellules épidermiques, forment la substance butyreuse, mélicérique, atheromateuse signalée par tous les auteurs. Dans quelques cas très rares, les kystes dermoïdes de l'ovaire ont pu s'enflammer et renfermer du pus. L'analyse chimique y a révélé la présence de l'albumine, d'une substance grasse, de phosphates et de grumeaux de couleur blanc grisâtre. Au microscope, on observe des cellules épithéliales altérées d'une quantité plus ou moins considérable de substance graisseuse disséminée dans le liquide ou bien réunies en boules.

Autour de ce magma, on rencontre de préférence des poils, des cheveux, des dents et des os. Les poils, produits par les follicules pileux, sont implantés ou libres et présentent une structure analogue à celle des poils normaux. Il en est de même des cheveux. Ceux-ci sont longs, souvent de couleur fauve et différente de la teinte de la chevelure du malade. Ils sont roulés

en pelotons de diverses grosseurs et agglutinés par de la matière sébacée.

Les dents s'y rencontrent en nombre très variable. Authenrieth a décrit un fait où 300 dents furent enlevées d'un kyste qui en contenait encore. Elles ne présentent que vaguement la forme des dents parfaites et ne répondent jamais aux types des incisives, canines et molaires. Il est très fréquent d'en trouver un certain nombre altérées morphologiquement, et revêtant les types les plus bizarres. C'est ainsi que Magitot a vu des dents coudées, soudées entre elles, irrégulières, atrophiées, manquant de racine. Elles sont ordinairement comme incrustées dans les parois de la poche ; mais elles peuvent être libres à l'intérieur ou bien implantées dans des débris osseux creusés de sortes d'alvéoles où elles tiennent parfois assez solidement. D'après Reindfleisch, elles posséderaient toujours les parties constituant de la dent (émail, ivoire, ciment), cependant le ciment fait parfois défaut. Quelques auteurs avancent qu'ils ont trouvé des dents cariées. Mais, comme le dit Lannelongue, il est permis de croire, avec Magitot, qu'il s'agissait là non de carie véritable, mais simplement de phénomènes d'usure et de résorption.

Outre ces divers produits, on trouve dans les kystes dermoïdes de l'ovaire presque tous les tissus de l'économie. Cornil et Ranvier y ont rencontré de la matière nerveuse, des fibres à doubles contours et des cellules. Rokitansky y a découvert des cellules nerveuses, Virchow des traces de substance médullaire

grise. Des masses de tissu cartilagineux et des muscles striés sont notés dans plusieurs observations.

On arrive parfois à découvrir une forme beaucoup plus complète, dont notre observation, que nous avons prise dans la thèse de M. Répin (*Origine parthénogénétique des kystes dermoïdes de l'ovaire*. Paris, 1891), est un bel exemple. Au lieu d'une simple papille, le point principal du kyste est constitué par des maxilloïdes, par des os plus ou moins reconnaissables, ou même par une formation rappelant plus ou moins un embryon ; mais un embryon sans placenta, sans cordon et dont les différentes parties sont dispersées comme si le plan de constitution de l'organisme avait fait défaut. Ce sont là des kystes embryonnés.

Dégénérescence cancéreuse. — Les kystes dermoïdes de l'ovaire peuvent devenir cancéreux. On en a vu se généraliser aux autres organes, soit sous forme d'épithélioma pavimenteux (Babinski), soit sous forme de kystes dermoïdes secondaires.

Ils peuvent rester épithéliomateux pendant un temps assez long, sans rompre la paroi externe du kyste, ce qui les distingue des mucoides et ce n'est qu'à l'examen microscopique après l'extirpation de la tumeur qu'on découvre cette dégénérescence cancéreuse. Notre ami, le docteur Pilliet, a bien voulu nous faire connaître le résultat de l'examen histologique d'une de ces tumeurs dont il est question à l'observation II de notre thèse. Au-dessous de la papille et dans l'épaisseur de la paroi existait un large gâteau d'un

tissu très mou, alvéolaire. Les coupes portant en ces points ont montré qu'il s'agissait d'un épithélioma kystique à cellules polymorphes, toutes très chargées de graisse. Ce caractère et quelques autres, en particulier la multiplicité des cellules à noyaux multiples, nous ont fait penser que l'épithéliomasi s'était développé aux dépens des glandes sébacées de la papille, qui étaient très nombreuses et très végétantes, et présentaient dans leurs acinis des plaques à noyaux multiples chargées de graisse, semblables à celles de la tumeur.

Un second kyste examiné également par le docteur Pilliet lui a offert exactement le même aspect à l'œil nu, mais les portions épithéliomatheuses, tout en ressemblant beaucoup à un cancer glandulaire, n'offraient pas le caractère sébacé indiqué dans la pièce précédente. Ajoutons que les coupes de la paroi d'un de ces kystes ont montré en un point le stroma ovarien parsemé d'ovules, et un ovisac à l'état de maturité.

Les kystes dermoïdes sont donc des tératomes qui peuvent devenir cancéreux.

CHAPITRE III

Etiologie

C'est dans la période d'activité sexuelle de la femme qu'on observe surtout les kystes dermoïdes de l'ovaire. Cependant, il est certain que non seulement le germe de beaucoup de ces tumeurs existe dès la période fœtale, mais encore que le néoplasme a parfois débuté, dès cette époque, et demeure à l'état latent jusqu'à l'impulsion qui lui permet de se développer. Les kystes dermoïdes peuvent se développer, même chez l'enfant, de manière à nécessiter une opération.

Roehmer a extirpé un kyste dermoïde à un enfant de 20 mois, Schwartz à une petite fille de 4 ans. L'âge auquel ces tumeurs se manifestent est donc très variable. Voici à ce sujet la statistique de Lebert, portant sur 59 cas.

De 1 à 5 ans, nombre de kystes observés,	0
5 à 10 — — —	1
10 à 15 — — —	8
15 à 20 — — —	3
20 à 25 — — —	8
25 à 30 — — —	7
30 à 35 — — —	4
35 à 40 — — —	8
40 à 45 — — —	7
45 à 50 — — —	6

50 à 55	—	—	2
55 à 60	—	—	3
60 à 65	—	—	1
65 à 70	—	—	0
Au-des. de 70	—	—	1

Pauly, sur 103 cas observés, on a trouvé

De 1 à 5 ans,	—	—	4
5 à 10	—	—	3
10 à 15	—	—	10
15 à 20	—	—	8
20 à 25	—	—	12
25 à 30	—	—	14
30 à 35	—	—	10
35 à 40	—	—	11
40 à 45	—	—	8
45 à 50	—	—	10
50 à 55	—	—	5
55 à 60	—	—	3
60 à 65	—	—	1
65 à 70	—	—	2

Voici enfin la statistique publiée par Lamelongue dans son traité sur les kystes congetinaux.

De 1 à 5 ans, nombre de kystes observés,	1
5 à 10	2
10 à 15	1
15 à 20	4
20 à 25	4
25 à 30	3
30 à 35	2
35 à 40	1

40 à 45	—	—	—	2
45 à 50	—	—	—	2

Il ressort de ces statistiques que les kystes dermoïdes de l'ovaire se montrent de préférence à l'âge d'activité des fonctions sexuelles, c'est-à-dire entre quinze et cinquante. Nous admettons cependant avec le Docteur Schwartz que chez les enfants les tumeurs de l'ovaire sont souvent des kystes dermoïdes.

Ces kystes peuvent se rencontrer dans un seul ovaire ou dans les deux à la fois ; mais ils occupent de préférence le côté droit. Lebert, sur 64 kystes dont il a pu préciser le siège, a noté la tumeur 22 fois à droite, 19 fois à gauche, 6 fois sur les deux ovaires. Sur 27 cas, Meckel en a constaté 17 dans l'ovaire droit, 7 dans le gauche et 3 dans les deux.

Les kystes dermoïdes de l'ovaire sont assez rares relativement aux autres kystes. Ainsi Terrillon n'en a rencontré que 8 dans ses 200 ovariectomies.

CHAPITRE IV

Symptômes et diagnostic

Les kystes dermoïdes de l'ovaire n'ont pas de symptômes spéciaux qui permettent de les reconnaître cliniquement et les symptômes fonctionnels et physiques qu'ils présentent leur sont communs avec les autres tumeurs kystiques de cet organe.

Symptômes fonctionnels. — Au début, alors que la tumeur est encore dans le petit bassin, la malade éprouve une sensation de lourdeur et de pesanteur, due au tiraillement et à la congestion des annexes. Plus tard, quand elle a atteint un certain volume, elle produit, soit de la dysurie, soit de l'incontinence d'urine par compression des voies urinaires, de la constipation par compression du rectum. Il y a gêne de la respiration par refoulement du diaphragme. Des douleurs dans les membres inférieurs ne tardent pas à survenir par compression des nerfs, et l'on observe des hémorroïdes.

Les troubles de la menstruation sont plus rares qu'on pourrait le supposer *a priori* ; il ne faut pas oublier que l'affection étant le plus souvent unilatérale, l'ovaire sain suffit à assurer la régularité des règles. La stérilité n'est certaine que si les deux ovaires sont pris.

Symptômes physiques. — Lorsque, au commen-

gement de l'affection, le kyste est à peu près du volume de l'ovaire, il est difficile, par le palper abdominal de s'en rendre compte. Il faut faire la palpation bi-manuelle et alors on peut sentir soit dans le cul-de-sac de Douglas, soit dans l'un des culs-de-sac latéraux une petite tumeur, qui le plus souvent est dure, vu la petitesse et la tension de la poche. Quand elle est franchement pediculée, elle est très mobile et ne peut être sentie par le toucher vaginal que si on la refoule de haut en bas avec l'autre main.

Quand la tumeur devient abdominale, on sent par la palpation une tumeur sphérique qu'on limite facilement en haut et sur les côtés, plus vaguement en bas. La résistance est plus élastique, moins dure, à mesure que la tumeur est plus grosse. Une percussion légère donne au niveau de la tumeur une matité souvent obscure.

Par le toucher et la palpation bi-manuelle, on sent le plus souvent l'utérus couché au-devant du pubis et, en anteversion', un peu dévié du côté opposé à celui où siège le kyste, Le col attiré en haut est moins facilement accessible et parfois il est comme absorbé par un déplissement des culs-de-sac du vagin. Plus tard, le kyste, en se développant, repousse l'utérus en arrière. Il est des cas où l'utérus est refoulé en bas, en prolapsus.

Si le kyste atteint des dimensions énormes, la paroi abdominale est amincie, craquelée, la ligne blanche est éclaircie, l'ombilic est très distendu. Des veines dilatées rampent sur la paroi abdominale,

surtout dans la région des fosses iliaques, tandis que dans l'ascite symptomatique de la cirrhose, elles sont plutôt visibles à la région sus-ombilicale. Les changements de position de la malade sont sans influence sur la répartition de la matité.

Il est un bruit que l'on perçoit mieux avec la main que l'oreille et qui serait plutôt spécial aux kystes dermoïdes qu'aux autres tumeurs kystiques de l'ovaire : c'est, quand on palpe avec force, un cri de neige. Il serait dû, d'après Olshausen, au déplacement de matières colloïdes, soit d'une cavité dans l'autre, soit à la surface du kyste, s'il est rompu.

Tels sont les signes que peuvent présenter communément avec les autres tumeurs kystiques de l'ovaire les kystes dermoïdes de la glande femelle. Aussi leur diagnostic est-il très difficile.

Courty dit qu'il ne connaît pas de signes, même de présomption, des kystes pileux ou dermoïdes, à moins que la ponction n'amène l'issue de quelques cheveux ou d'un peu de graisse.

Thibaudet (*Journal des Sciences médicales de Lille, 1890*) insiste sur la difficulté du diagnostic, qui ne peut se faire que si, par une ouverture spontanée ou chirurgicale, des productions épidermiques viennent à être évacuées.

Cependant, le jeune âge de la malade, la lenteur avec laquelle s'est développée la tumeur, l'absence de fluctuation bien nette, la sensation molle et comme suifeuse qu'on éprouve au toucher, pourront peut-être suggérer à un praticien exercé l'idée qu'il s'agira d'un

kyste pileux, mais ne lui permettront d'exprimer qu'une opinion probable. « Lorsque la masse est dure, dit Spencer-Wells, de forme irrégulière, et qu'on y découvre en certains points des nodules de consistance cartilagineuse ou osseuse, on peut soupçonner l'existence d'un kyste dermoïde, surtout si la malade est jeune ou blonde », et il cite trois cas où il fut possible de porter un diagnostic qui se trouva vérifié à l'opération. Mais ce sont là des faits extrêmement rares, et plus souvent, l'épaisseur des parois du ventre, la situation plus ou moins profonde de la tumeur, nous privent de ce moyen de la reconnaître.

Ce n'est que par la ponction que l'on peut donner au diagnostic toute la précision désirable, car elle nous permet de nous assurer du contenu du kyste. S'il contient de la graisse, des poils, des cellules épithéliales, il n'y a pas de doute, on a affaire à un kyste dermoïde.

Mais il arrive le plus souvent que la ponction ne donne aucun résultat, le calibre du trocart étant trop faible pour donner passage aux diverses productions que renferment ces sortes de kystes ; d'un autre côté, elle peut donner lieu à des accidents très graves ; et comme, dans la généralité des cas, il suffit d'avoir reconnu le kyste et d'en avoir fixé le siège, nous ne saurions conseiller la ponction exploratrice que dans des cas particuliers, lorsque le diagnostic devra être posé d'une façon décisive.

Certains opérateurs ont mis en avant un autre procédé : Nous voulons parler des incisions explora-

trices. Il leur permettait de s'assurer de la nature du kyste, de l'existence des adhérences et de leur étendue. Kœberlé et Péan se sont élevés avec beaucoup de force contre un pareil moyen d'arriver à la certitude ; et aujourd'hui, ce procédé dangereux est complètement abandonné.

CHAPITRE V

Pronostic

Les kystes dermoïdes de l'ovaire n'ont pas un pronostic aussi fâcheux que les autres kystes de cet organe qui se prolongent rarement au-delà de deux années.

Apparaissant en général entre quinze et cinquante ans, ils ont une marche habituellement très lente. Lebert et Pauly ont même cité des malades âgées de soixante-dix ans et Terrier en a opéré une âgée de soixante-quinze ans. Certaines de ces tumeurs ont pu même passer inaperçues toute la vie et n'ont été trouvées qu'à l'autopsie.

Spenser-Wells prétend que leur accroissement s'arrête au bout d'un certain temps et que ce n'est que par suite de l'ascité que le ventre continue à grossir.

Contrairement aux autres tumeurs de l'ovaire, les kystes dermoïdes n'ont pas toujours une terminaison fatale. On cite des cas où on a vu la paroi du kyste s'enflammer, s'ouvrir spontanément et amener la guérison. Cette rupture peut survenir accidentellement à la suite d'un traumatisme, mais plus souvent elle est le résultat de l'inflammation de la poche et ses conséquences sont très graves. « Les produits divers, dit Kirmisson, qui sont dans leur intérieur, jouent le

rôle de véritables corps étrangers et produisent une inflammation qui aboutit à leur expulsion. On voit ces kystes s'ouvrir un chemin du côté de l'intestin, du rectum, du côté du vagin et de la vessie. »

Lebert cite cinq cas où le contenu s'est fait jour par les parois du ventre. Nysten a constaté dans un cas que le kyste s'était vidé dans l'utérus au moyen de la trompe de Fallope. Cette rupture du kyste dans les organes voisins est le plus souvent suivie de mort; et, si celle-ci ne survient pas, la malade conserve une fistule pendant toute sa vie.

Comme les autres tumeurs de l'ovaire, les kystes dermoïdes exercent sur l'économie une influence fâcheuse; ils apportent de la gêne mécanique au mouvement des organes, provoquent l'irritation et des troubles sympathiques dans quelques autres, enfin produisent un changement de direction dans les mouvements nutritifs au détriment de l'assimilation générale et au profit de leur accroissement. De plus, bien qu'il ne s'agisse ici que de productions normales développées accidentellement, on a trouvé dans les kystes dermoïdes de l'ovaire, du cancer, de l'épithélioma, du sarcome, Cornil et Ranvier, citent deux observations qui tendraient à prouver que les kystes dermoïdes de l'ovaire peuvent être le point de départ d'épithélioma susceptible lui-même de s'étendre à l'utérus, à l'épiploon, au duodénum. Si nous ajoutons à cela les nombreuses complications qu'il y a lieu de redouter, telles que péritonite, inflammation et suppuration du kyste, inflammation de l'utérus et de ses

annexes, nous voyons que le pronostic doit être réservé. Il le sera bien davantage si la femme est enceinte. En effet, sur 43 cas cités par Lebert, la mort est survenue deux fois pendant la grossesse et cinq fois pendant le travail et ses suites.

CHAPITRE VI

Traitement

Actuellement que la méthode antiseptique a fait entrer l'opération de la laparotomie dans une nouvelle phase et l'a fait passer des mains de quelques spécialistes éminents dans celles de tous les chirurgiens, nous pouvons dire que la seule méthode de traitement des kystes dermoïdes de l'ovaire est leur extirpation. On ne peut plus dire maintenant qu'il ne faut faire l'ovariotomie que lorsque le kyste est devenu par son volume un motif de gêne excessive pour les malades ou une cause imminente de danger pour la vie. — A notre avis, dès qu'une tumeur commençante de l'ovaire est reconnue, il faut l'enlever : d'abord parce que l'opération faite au début est alors beaucoup moins grave, puisqu'il suffit de faire une petite incision sans avoir à déchirer d'adhérences notables ; en second lieu parce que on évite à la malade toutes les complications, tous les dangers qui surviennent souvent lorsque l'opération est faite sur un kyste ancien et volumineux, et enfin surtout parce que tout kyste de l'ovaire est, si l'on peut ainsi dire, un néoplasme en équilibre installe entre la bénignité et la malignité. D'ailleurs les décès par suite de cette opération ne dépassent jamais 4 pour 100.

Nous ne parlerons donc que pour mémoire de la

ponction qui ne peut plus guère aujourd'hui être considérée comme un mode de traitement, même palliatif. Bien peu de chirurgiens du reste conseillent aujourd'hui la ponction même dans les cas de grossesse. L'expérience a prouvé en effet qu'une ovariectomie, pratiquée sur une femme enceinte n'est pas plus dangereuse que sur une autre. Enfin si l'on considère que la ponction peut exposer les malades à des accidents péritoniques graves et si l'on tient compte d'un autre côté de la benignité relative de l'ovariectomie, on ne peut hésiter à donner à cette dernière la préférence et à renoncer aux autres doctrines qui à part quelques cas heureux, comptent de nombreux méfaits.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

D^r Poupinel, 1889. — Bull. Société Anatomique.

M^{me} B..., 26 ans, mariée à 20 ans. Un accouchement à terme avec déchirure étendue du périnée, prolapsus utérin, douleurs lombaires. Le cul de sac postérieur du vagin est occupé par une tuméfaction arrondie, mollassse, douloureuse, du volume d'une orange. L'utérus est mobile, légèrement dévié à droite après réduction du prolapsus. Laparotomie pratiquée à l'hôpital Bichat, service de M. Terrier, par M. Quénu, le 19 février 1889. Ablation d'un kyste de l'ovaire gauche, suivie de suture de l'utérus à la paroi abdominale. Le kyste du volume et de la forme d'une poire, est uniloculaire, contient une masse pâteuse sébacée et des poils bruns; et présente des parois épaisses de un à deux millimètres en moyenne, sauf en un point où elles atteignent un centimètre. En ce point, la paroi présente l'aspect du tissu ovarien normal, avec quelques follicules de de Graaf en voie de développement. Tout à côté, la portion épaisse de la paroi contient des portions ossifiées et cartilagineuses; c'est aussi en ce point que s'implantent les poils et que la surface interne présente l'aspect cutané le plus net.

Partout ailleurs, la surface est lisse et brillante.

L'examen hystologique montre que la plus grande partie du kyste présente l'aspect de la peau avec son épiderme, ses glandes sébacées, ses poils, son tissu adipeux sous-cutané. Au niveau de l'épaississement de la paroi, on

trouve dans l'épaisseur du tissu osseux compact avec canalicules de Havers, un nodule de tissu cartilagineux, et au voisinage immédiat de ces tissus osseux et cartilagineux un lobule glandulaire très développé, dans lequel on distingue, à la périphérie, des tubes glandulaires remplis par un épithélium prismatique, irrégulier, à protoplasma granuleux, et, au centre, des tubes de diamètre bien plus considérable, simulant les tubes excréteurs de la glande et tapissés de grandes cellules caliciformes. Au niveau de ce point intéressant, le revêtement épithélial du kyste subit également une transformation intéressante. L'épiderme et les glandes sébacées disparaissent, le revêtement devient rapidement très peu épais, constitué d'un très petit nombre de cellules plates, puis fait rapidement place à un revêtement de cellules caliciformes, claires, disposées sur une seule couche, offrant des saillies et des dépressions simulant des papilles. Il semble y avoir identité parfaite entre ces cellules caliciformes et celles qui s'observent dans les plus grands canaux du lobule glandulaire.

OBSERVATION II

Souligoux. — Bull. Soc. Anat., 1892, p. 142

La nommée Braq, âgée de 28 ans, réglée à 14 ans, est entrée salle Roy. Mariée à 18 ans, elle a toujours été bien réglée. De trois enfants, deux sont morts, son dernier accouchement date d'il y a 4 ans. Il y a 6 mois, avortement de deux mois environ. Les douleurs que cette femme éprouve datent de sa deuxième grossesse, il y a 7 ans. Son accouchement fut normal. Trois ans après, nouvelle et dernière grossesse; mais 4 jours après ses couches, cette femme a eu de la fièvre, des douleurs vives et des

vomissements. Elle est restée six semaines au lit. Au bout de 2 mois, sa santé s'était complètement rétablie, elle ne souffrait pas et n'avait même pas de leucorrhée. A la suite de l'avortement, il y a six mois, elle a eu un nouvel accès de fièvre, mais néanmoins s'est levée au bout de cinq jours.

Depuis cette époque, elle a continuellement souffert, non seulement dans l'abdomen, mais aussi dans la cuisse droite. Elle est ordinairement constipée. L'apparence de santé de cette femme est excellente.

A l'examen on constate l'absence de leucorrhée, la lèvre inférieure du col est cependant légèrement ulcérée, la cavité utérine mesure 9 centimètres.

L'utérus est légèrement abaissé et porté en avant. On sent en combinant le palper abdominal au toucher vaginal une tumeur, dure, bosselée, située dans le cul-de-sac postérieur. Elle semble se continuer avec l'utérus et donne la sensation d'un utérus en rétroversion ; mais en mobilisant l'utérus, on constate leur indépendance absolue ; cette tumeur est extrêmement mobile. On fait la laparotomie et dans le cul-de-sac postérieur on trouve une tumeur du volume d'un œuf d'autruche ; elle est enclavée dans le cul-de-sac de Douglas et il est difficile de l'en extraire, on est obligé d'agrandir l'incision. Du côté opposé, l'ovaire kystique est enlevé.

L'opération terminée, trois plans de suture ont été faits. L'on incise la petite tumeur et on voit qu'elle est constituée par une quantité de petites poches contenant un liquide huileux. Dans une poche, la plus volumineuse de toutes, se trouve un amas sébacé considérable, blanc grisâtre mélangé de poils nombreux, à coloration blonde, cette poche présente une papille assez volumineuse sur

laquelle s'implantent des poils. Du côté périphérique de ce mamelon, on sent un noyau calcaire. La guérison se fait sans incidents, au septième jour les points de suture sont enlevés.

La poche a été examinée par M. Pilliet, préparateur d'histologie à la Faculté. Il a étudié la papille et les parois des petits kystes. La papille est constituée par des amas extrêmement volumineux de glandes sébacées groupées par lobes, au nombre de 15 ou 20, autour d'un poil follet minuscule.

Les lobes sont plongés au milieu d'un tissu fibreux dense, doublé ça et là de lobules adipeux. L'épithélium est pavimenteux stratifié, à couche cornée. Du côté périphérique de la papille, au milieu des lobules adipeux, se trouvent deux petits fragments de cartilage élastique, entourés de tissu fibreux. Il existe entre ces 2 cartilages une sorte d'articulation grossière, formée par ce tissu fibreux. On trouve encore développé dans le tissu fibreux, un petit morceau d'os, sous forme de plaque. Cet os n'a que des canaux de travers peu développés et ne présente d'ostéoplastes qu'à son centre. Les cellules incluses dans ce tissu calcifié ont les caractères des cellules périostiques.

En étudiant les cellules sébacées les plus volumineuses, on en trouve un certain nombre qui présentent leurs cellules pariétales groupées en forme de plaques à noyaux multiples.

Quant aux parois des petits kystes, elles sont formées d'un stroma de tissu conjonctif, au milieu duquel on rencontre, des cellules adipeuses, des capillaires dont l'endothélium est composé de cellules cubiques comme chez l'embryon, et la formation des cavités kystiques. Le début

de ces cavités kystiques est marqué par la séparation des fibres conjonctives, écartées par des cellules géantes qui ont le caractère des cellules à myélopaxes que l'on rencontre dans les sarcomes osseux. A un degré plus avancé, ce sont de petites cavités remplies de substance mélycérique amorphe. Ces cavités sont également revêtues par ces mêmes cellules géantes, quelquefois aplaties de façon à ne tapisser les parois que d'une mince couche de protoplasma, présentant çà et là des renflements correspondant aux amas de noyaux. Sur des cavités plus grandes, on voit le revêtement constitué par des cellules épithéliales polymorphes, volumineuses à un seul noyau, entre lesquels se trouve çà et là une cellule géante. Si l'on s'en tient à l'aspect de ces dernières cavités, on peut admettre que la tumeur représente un épithélioma polymorphe kystique sécrétant de la graisse, et, dont les points les plus jeunes, un épithélioma dont les cellules en voie de division très active, ont conservé l'aspect de plaques à noyaux multiples.

En examinant les points les plus épais de la paroi, on tombe sur de grandes vacuoles tapissées par des éléments à plusieurs noyaux, ou à noyaux en voie de division. Ces éléments en voie d'évolution graisseuse recouvrent non seulement la paroi interne des cavités, mais aussi les saillies villoses qui traversent celles-ci. Le stroma est en beaucoup de points infiltré de cellules dispersées dans le tissu conjonctif. L'aspect en ces points est celui d'un véritable épithélioma diffus, avec évolution graisseuse des cellules. La paroi se rapproche en cet endroit, à mesure qu'on se rapproche de la périphérie, de celle du stroma ovarien normal, et l'on distingue très près de la surface un grand nombre d'ovules, petits, sans couche granuleuse

bien développée. Sur une coupe, on trouve même un ovisac en voie de maturité, ayant en son centre l'ovule entouré par des cellules de la granulure. Ainsi donc, l'ovaire si dégénéré en apparence, a conservé, en certains points, sa structure normale.

OBSERVATION III

Occlusion intestinale produite par un kyste dermoïde de la région avariée droite. La parotomie ; extirpation ; guérison par M. Ricard.

Le 5 août 1890, M. le Dr Ricard, suppléant M. le professeur Verneuil, recevait dans son service une jeune femme âgée de 24 ans, qui, n'ayant jamais été malade, avait été prise brusquement, le 1^{er} avril, de douleurs vives de la région droite de l'abdomen. Dès le troisième jour, au soir, elle avait été prise de vomissements fécaloïdes.

Le ventre était ballonné, les selles et les gaz étaient supprimés depuis le début des accidents. C'est en présence de ces accidents que M. Ricard entreprit la laparotomie.

La main introduite dans le ventre sentit une masse dure, irrégulière, adhérente à la paroi abdominale et aux anses intestinales, qui fort distendues furent sorties de la cavité et protégées par des compresses.

On put voir alors une masse blanchâtre, nacrée, comme cartilagineuse, enveloppée de toutes parts par des anses intestinales vides et adhérentes à la masse ; celle-ci était reliée à l'utérus par un pédicule charnu cylindrique, de 3 centimètres de diamètre et de 10 centimètres de long.

Les adhérences furent libérées et la tumeur enlevée.

Au moment de la section du pédicule lié à la soie, il s'écoula une masse blanchâtre, grumeleuse ; on cautérisa au thermocautère la surface de section. La paroi fut ensuite recousue au crin de Florence ; l'opération avait duré près d'une heure.

La tumeur principale était formée par un kyste dermoïde à contenu d'apparence sébacée, mais sans poils, ni autres productions.

Le pédicule était formé de tissu fibro-musculaire, enveloppant l'ovaire, méconnaissable extérieurement, mais non altéré dans sa structure, et présentant dans son épaisseur un volumineux corps jaune.

La malade, d'abord en hypothermie, se releva avec des injections d'éther et quelques cuillerées de rhum. Les vomissements cessèrent ; il y eut une débâcle ; enfin, elle est parfaitement guérie.

OBSERVATION IV

Répin. Thèse de doctorat, 1892. — Kyste dermoïde de l'ovaire contenant un embryon rudimentaire

La femme qui fait le sujet de cette observation est âgée de 35 ans. Elle a été réglée à l'âge de 12 ans et toujours régulièrement jusqu'ici. Mariée depuis 3 ans, elle n'a jamais eu d'enfant ni de fausse couche.

Il y a 3 ans et demi, six mois avant son mariage, elle éprouva de vives douleurs abdominales, qui la forcèrent à garder le lit pendant une semaine. Elle s'aperçut alors, pour la première fois, qu'elle portait une tumeur dans la fosse iliaque gauche. Depuis lors, le volume de cette tumeur s'est accrue par poussées successives ; à plusieurs reprises, elle a occasionné des douleurs assez vives pour

obliger la malade à s'aliter. Les règles n'ont pas été influencées ; elles sont peu abondantes.

Par le toucher abdominal, on constate l'existence d'une tumeur à peu près médiane, du volume d'une tête de fœtus, lisse, arrondie, fluctuante. Le col de l'utérus est petit, conique. L'utérus est en rétroversion ; le corps de l'organe occupe le cul de sac postérieur. La tumeur reconnue par le palper abdominal fait saillie dans le cul de sac antérieur ; les mouvements qu'on lui imprime se communiquent à l'utérus. La pression est légèrement douloureuse. La laparatomie est faite par M. Perrier, le 10 septembre 1889. Après l'incision de la paroi abdominale, on se trouve en présence d'un kyste dermoïde de l'ovaire développé dans le ligament large, adhérent au péritoine du petit bassin. La tumeur est ponctionnée avec un gros trocart ; il s'écoule un liquide huileux et qui se fige instantanément dans le tube évacuateur. Le trocart retiré, une touffe de cheveux se présente à l'orifice de la ponction ; ils sont extraits, et à leur suite on en retire de la même manière une assez grande quantité. Les adhérences qui existent sur toute la surface du kyste sont alors rompues par voie de décollement. Ligature en chaîne, puis section du ligament large et de la trompe.

La tumeur, examinée microscopiquement, est de forme sphérique, elle est revêtue par le péritoine. Le pédicule est constitué par le ligament de l'ovaire et par la moitié interne de la trompe. La moitié externe ainsi que le pavillon, dont les franges sont hypertrophiées et l'orifice oblitéré, est adhérente à la face antérieure de la tumeur. Le conduit de la trompe est au contraire perméable dans toute sa longueur. L'ovaire allongé transversalement et aplati, est également fixé à un centimètre au-dessus du

pavillon de la trompe. Au voisinage de son extrémité externe se voit enchainé, dans la paroi du kyste principal un kyste secondaire du volume d'une cerise, transparent, à contenu séreux. C'est là tout ce que l'on remarque extérieurement. Ouvrons maintenant le kyste.

Le contenu, qui était primitivement huileux, mais qui s'est solidifié aussitôt exposé à la température ambiante, ressemble à de la graisse de veau. Il est mêlé d'une quantité de cheveux longs et fins ; plusieurs lavages à l'éther sont nécessaires pour l'éliminer complètement. La paroi interne apparaît alors. On y distingue deux portions d'aspect différent et d'étendue inégale. La plus grande présente une coloration gris rosé et une surface complètement lisse, à part quelques brides et débris de membranes qui parviennent évidemment d'anciens kystes secondaires rompus à l'intérieur du kyste principal. La plus petite qui forme dans la précédente une enclave large comme la paume de la main, est dermoïde. Au centre se détache une masse dont nous ne saurions mieux rendre l'aspect général qu'en la comparant au corps d'un petit quadrupède qui serait adhérent à la paroi interne du kyste par sa face dorsale, pourvu de quatre membres inégaux, et terminé en guise de tête, par un massif osseux cubique, surmonté de trois dents. L'orientation de l'ensemble est telle que l'extrémité céphalique se trouve en rapport intime avec l'ovaire. La peau hérissée de grosses papilles couvertes de poils longs et fins se continue sans démarcation avec celle qui constitue le reste de la surface dermoïde.

On remarque, en outre, près du côté gauche de l'embryon, mais complètement indépendants de lui :

1° Un cordon cylindrique, de 4 à 5 millimètres de diamètre, contourné en demi-cercle. La partie moyenne

de cette anse disparaît entre la face dorsale de l'embryon et la paroi interne du kyste; mais elle n'adhère à l'une et l'autre que par du tissu conjonctif lâche. Les deux extrémités sont flottantes, lâchement reliées à la paroi du kyste par un repli membraneux qui rappelle un mésentère, car il est parcouru par des vaisseaux. En sectionnant le cordon en question, on reconnaît que c'est un tube à parois épaisses dont la lumière est remplie par une substance glaireuse analogue au méconium.

2° Un os creux, placé à la hauteur de la tête, et que nous comparerons pour la forme et le volume, sans n'attacher d'ailleurs aucune importance à cette comparaison, au corps du sphénoïde. Sa cavité est tapissée d'une membrane fibreuse rappelons la dure-mère.

OBSERVATION V

D^r Pinaud, 1889. — Bull. Société anatomique

Les pièces que nous avons l'honneur de présenter à la Société, proviennent d'une femme de 38 ans, opérée le 21 octobre dernier par M. le D^r Marchand, à l'hôpital Saint-Antoine.

Cette femme, envoyée d'un service de médecine, avec le diagnostic de fibromes utérins, se présente à nous avec un ventre ballonné, excessivement douloureux, spontanément et à la pression, surtout dans la fosse iliaque gauche, une fièvre vive, vomissements, diarrhée, en un mot, tous les symptômes d'une inflammation pelvienne évidente; de plus, il existe dans le bas-ventre, du côté gauche, une tumeur fluctuante, sur les caractères de laquelle nous reviendrons plus loin.

Antécédents. — La recherche des antécédents et la

manière dont a évolué l'affection sont des plus intéressantes à noter en raison du diagnostic erroné qu'ils ont imposé.

Réglée à 17 ans, mariée à 19, notre malade, pendant ces deux années, ne présente rien de particulier au point de vue génital.

Dans les premières années de son mariage, elle eut à supporter les mauvais traitements de son mari qui, à des reprises différentes, lui porta des coups violents sur l'abdomen.

Cependant, jusqu'à l'âge de 27 ans, la menstruation fut toujours régulière, et la malade n'accuse pas avoir éprouvé la moindre douleur permanente dans le bas-ventre. A cette époque, c'est-à-dire huit ans après son mariage, débute l'histoire pathologique qui l'amène à l'hôpital.

Elle devient enceinte (c'est d'ailleurs la seule grossesse qu'elle ait eue) et au sixième mois, elle avorte. — Cet avortement se passa paraît-il assez bien, puisqu'elle ne garda pas le lit ; mais c'est à partir de ce moment que la malade commença à éprouver des troubles dans sa menstruation. Peu de temps après sa fausse-couche, une douleur peu intense apparut dans le côté gauche du ventre, irradiant dans les reins et dans la cuisse gauche.

La souffrance spontanée, mais provoquée surtout par la marche était accrue au moment des règles. — En même temps, la menstruation devient profuse ; les époques plus rapprochées et plus abondantes, reparaissent tous les vingt et un jours.

Cet état persiste ainsi pendant plus d'un an. En 1884, c'est-à-dire 18 mois après sa fausse-couche, elle est prise d'accidents fébriles et de métrorrhagie ; elle entre alors à

Saint-Antoine, dans le service du Dr Hallopeau. — Là, on aurait constaté, dans le côté gauche du ventre, la présence d'une tumeur, que l'Interne du service aurait ponctionnée avec l'aspirateur Potain, et dans laquelle une injection a été faite. Les renseignements manquent sur la nature du liquide qui aurait été retiré. Toujours est-il qu'elle est sortie guérie et pendant les deux ans qui suivirent, elle put se considérer comme telle : elle avait repris sa profession de cuisinière.

Mais les douleurs ne tardent pas à se réinstaller et pendant ces cinq dernières années, elles ne discontinuent pas.

Débuts des accidents actuels. — Vers la fin de juillet dernier, elle est prise tout à coup, à la suite d'une époque menstruelle, d'accidents fébriles. Le ventre tout entier est sensible et ballonné ; diarrhée abondante à plusieurs reprises, on constate la présence de pus dans les selles. Elle vomit tout ce qu'elle prend ou à peu près ; et de plus, quelques vomissements bilieux. L'appétit est à peu près nul ; soit vive agitation subdélirium.

Etat actuel. — Le 8 octobre, c'est-à-dire deux mois après le début de cette attaque aiguë, elle entre dans le service du Dr Marchand; salle Cruveilhier n° 3. — Elle présente le même état fébrile, — température 38°, 5 le soir, tombe à 37° le matin. — Pas d'amaigrissement notable. La malade se plaint constamment.

A l'examen physique, quoique très ballonné, le ventre laisse manifestement percevoir, du côté gauche, une tumeur arrondie, résistante, mate à la percussion. — Cette palpation est excessivement douloureuse. Par le toucher du cul-de-sac vaginal gauche combiné avec le palper hypogastrique, on constate que cette tumeur est

fluctuante. Le cul-de-sac droit est libre. L'utérus n'est pas délimitable en haut ; le col est normal, petit, très peu mobile.

La malade s'affaiblit ; la courbe de la température présente de grands croches de suppuration. Elle réclame une intervention chirurgicale.

C'est alors que le Dr Marchand se décide à faire la Laparotomie.

Laparatomie. — L'incision de la paroi abdominale faite ; on tombe sur la tumeur. Adhérences nombreuses. Ponction aspiratrice avec le gros trocart, qui donne un écoulement difficile de liquide gris brunâtre, épais, mélangé de grumeaux et horriblement fétide. Deux litres et demi sont aspirés. La poche vidée, on constate que la paroi est adhérente aux organes voisins, et ces adhérences sont très tenaces. On doit se contenter d'ouvrir la poche et de la laver à l'eau bouillie.

Pendant ce lavage abondant, s'échappent des pelotons de poils agglutinés par une matière de consistance du mastic.

On suture, puis on fait le pansement habituel.

La durée de l'opération dépasse une heure. L'opérée, reportée dans son lit, resta toute la journée dans un état demi-comateux, n'accusant aucune douleur.

Elle succombe le lendemain matin à 8 heures.

Autopsie. — Les points de suture enlevés, on constate que le péritoine est normal ; pas de trace d'inflammation.

La tumeur kystique est reliée aux autres organes par des adhérences telles qu'il est impossible de la désinsérer avec les doigts, sans menace de rupture des organes.

La vessie est petite et vide d'urine.

La poche kystique, située du côté gauche, en arrière

du ligament large, s'est développée au niveau ou dans les environs de l'ovaire, dont on ne reconnaît plus les traces.

Malgré le lavage abondant à l'eau bouillie, il est resté libre dans la cavité du kyste, un peloton, du volume d'une petite orange, constitué par de longs poils agglutinés par un magma gris brunâtre, de consistance de mastic.

La paroi interne présente, adossé au ligament large, un petit mamelon en forme de pyramide qui contient deux dents bien développées.

La muqueuse utérine est absolument saine.

L'ovaire droit présente les lésions de l'ovarite chronique. La trompe du même côté est dilatée, tortueuse. Cette trompe complètement close, est remplie d'un liquide (30 grammes environ), qui n'est autre chose que du pus. comme l'a montré une ponction avec l'aiguille de Pravaz.

OBSERVATION VI

Thévenard. Bull. Sociét. Anatomique de Paris, 1892, page 648. — Kystes dermoïdes développés aux dépens, l'un de l'ovaire droit, l'autre de l'ovaire gauche.

Ces tumeurs ont été rencontrées par M. Delbet, au cours d'une laparotomie pratiquée dans le service de M. Duplay, à la Charité. L'histoire clinique de la malade est fort simple : elle se plaint de douleurs vives au moment des règles ; elle est inquiétée par une tumeur qu'elle voit se développer depuis quelque temps dans son abdomen. A l'examen, on ne fait le diagnostic que d'un seul des kystes, l'autre ne présentant que de trop faibles dimensions pour être reconnu. On trouve une tumeur du volume d'une tête d'enfant, lisse, mobile, renitente, placée

sur la ligne médiane ; mais placée en arrière de l'utérus qu'elle repousse en avant. A ce propos, M. Delbet fait remarquer que ce dernier caractère, constant chez les kystes dermoïdes, aurait pu faire présumer du caractère de la tumeur.

Le kyste développé aux dépens de l'ovaire droit présenter des caractères communs à tous les kystes du même genre. Enveloppe dermoïde, contenu formé de matière sébacée, au milieu de laquelle se trouve des cheveux et un os dentifère, rappelant assez bien l'une des moitiés du maxillaire inférieur et portant plusieurs dents les unes assimilables aux canines, les autres aux molaires.

L'ovaire gauche, extérieurement, a l'aspect d'un ovaire scléro-kystique ; il adhère à la trompe voisine atteinte de pyosalpinx. Il est un peu plus volumineux qu'à l'état normal. Dans son intérieur, il contient un petit kyste dermoïde, du volume d'une noisette. Ce kyste contient de la matière sébacée, des poils et une dent ; mais ce qui est intéressant, surtout au point de vue de la théorie parthénogénétique des kystes dermoïdes de l'ovaire, c'est qu'il semble développé dans un *follicule de de Graaf*.

OBSERVATION VII

Malherbe. Bulletin. Société anatomique de Paris, 1892.

— Kyste dermoïde huileux de l'ovaire droit. Ovaire scléro-kystique avec petit kyste hémalique à gauche. Salpingite double.

La tumeur que nous avons l'honneur de présenter a été enlevée par M. Broca, chez une femme, dont voici l'observation :

La nommée Del..., âgée de 24 ans, couchée salle Chassaingnac, lit n° 26 bis, hôpital Bichat.

Antécédents héréditaires.— Mère morte à 48 ans, de paralysie générale.

Père bien portant ; sœur également.

Antécédents personnels. — Pas de maladie étant jeune. Réglée à 14 ans, régulièrement. Leucorrhée dans l'intervalle des règles. Pas d'enfants, ni fausses couches.

Depuis six semaines environ, à la suite de ses règles, la malade a commencé à ressentir des douleurs dans le bas-ventre, irradiant jusque dans les cuisses et un peu dans les reins. Les pertes blanches deviennent à ce moment plus abondantes. Elle se fait soigner à la Charité pendant trois semaines ; entre même une semaine à l'hôpital. Traitement : tampons iodoformés, pas d'amélioration.

En sortant, elle éprouve des douleurs assez vives dans le côté droit du ventre. Elle se décide alors à entrer à l'hôpital Bichat, le 2 mai 1892.

La malade a un peu maigri ; son appétit est moins bon ; elle a un peu de constipation. A la palpation, le ventre est plat, la peau légèrement ichthyosique ; par la pression profonde, on détermine de la douleur à droite. Rien à gauche.

Par le toucher vaginal, on trouve dans le cul-de-sac latéral droit une petite tumeur arrondie, distincte de l'utérus, se prolongeant un peu en arrière et assez bien limitée. Cette tumeur est fluctuante et sensible à la pression du doigt. On arrive à la circonscrire par la palpation abdominale combinée au toucher vaginal. L'utérus est mobile et non douloureux.

Le 7 mai, M. Broca, que nous assistons, pratique la laparotomie sous le chloroforme. Incision médiane de deux doigts au-dessus de l'ombilic à la symphyse pubienne.

Exploration avec la main, après renversement de la malade et intestins refoulés avec des compresses antiseptiques. A droite, on sent pendre contre la face interne du bassin une tumeur ronde et résistante, un peu adhérente aux parois seulement.

En quelques minutes, elle est libérée avec la main gauche et amenée dans l'incision au milieu de compresses. C'est l'ovaire kystique, gros comme une forte mandarine ; la trompe est au-dessus et en dehors.

Pédiculisation avec double fil de soie. A gauche, on trouve un ovaire scléro-kystique, plus petit, un peu adhérent aux parois. En le libérant, il se crève ; une petite poche séreuse, ainsi qu'une poche d'où sort un caillot sanguin. La trompe est noueuse. Pédiculisation avec un double fil de soie. Toilette avec tampons aseptiques. Sutures en trois plans. Pansement avec compresses aseptiques, ouate stérilisée et ordinaire. Durée de l'opération : 35 minutes.

La tumeur enlevée et que nous présentons est régulièrement arrondie, du volume d'une grosse mandarine et constituée par une enveloppe de deux millimètres d'épaisseur environ, donnant la sensation d'une paroi kystique. Cette tumeur est nettement fluctuante.

En fendant ce kyste, on trouve dans l'intérieur, qu'il est rempli d'une matière qui ressemble au premier abord à du sébum, mais ayant une consistance cependant plus collante et oléagineuse.

Au milieu se rencontrent des poils disséminés en grande abondance.

Au centre, on voit une sorte de petite poche à paroi translucide et tremblotante, renfermant une certaine quantité d'un liquide également huileux.

A une des extrémités de cette petite poche, la matière qui remplit le kyste devient plus concrète, et l'on en voit sortir une touffe de longs poils noirs.

Bien que l'examen histologique n'ait pas été pratiqué, nous pensons qu'il s'agit là d'un kyste dermoïde huileux de l'ovaire, car la matière qui le remplit fond dans l'étuve à 36°, et devait manifestement se trouver, à l'état liquide, à la température du corps. C'est ce qui explique, d'ailleurs, la sensation de fluctuation très nette constatée lors de l'examen de la malade.

OBSERVATION VIII

Tison. — Bulletin Société Anatomique de Paris, 1892, page 241. — Périlonite aiguë par rupture d'un kyste dermoïde chez une femme en couches; mort cinq jours et dix heures après l'accouchement.

M^{me} L..., âgée de 34 ans, est amenée à l'hôpital Saint-Joseph, le 16 mars dernier. Le 12 mars précédent, elle était accouchée, pour la septième fois, à huit heures du soir. Les douleurs avaient débuté la nuit précédente. La sage-femme était arrivée dans la matinée. Vers une heure se produit une procidence du cordon. La sage-femme, après plusieurs manœuvres sur lesquelles je n'ai aucun renseignement, tire dessus, l'arrache, ce qui effraie beaucoup la parturiente qui s' imagine à tort que les intestins lui sortent du ventre. Pour accélérer l'accouchement, la sage-femme envoie chercher immédiatement trois grammes de seigle ergoté, dose qu'elle renouvelle un peu plus tard. Malgré l'administration de ces six grammes de médicament, l'accouchement ne se termine pas et à six heures arrive le docteur D... qu'on avait demandé. Il applique le

forceps et extrait un enfant mort. La délivrance se fait bien ; le placenta est complet. Il prescrit des injections d'eau phéniquée. La perte de sang a été fort modérée. L'enfant se présentait par le sommet.

Le lendemain, dimanche, l'accouchée est souffrante, le médecin rappelé, constate de la péritonite, ventre ballonné très douloureux, etc. Il fait continuer les injections et applique une couche de collodion sur l'abdomen. Il revient le lendemain et trouve la femme dans le même état. Le mercredi matin 16, on me fait demander un lit dans lequel la malade est installée à une heure. L'interne, M. Dupont, examine aussitôt la malade avec un de ses collègues, M. Saunal. Ils trouvent le ventre recouvert d'une couche de collodion, ballonné et tellement douloureux qu'il est impossible de rien sentir à la palpation. La malade dit qu'elle souffre comme si on lui enfongait des épingles dans l'abdomen. Le pouls est rapide, le facies altéré, les traits tirés. Il n'y a pas de vomissements. Les lochies ne sont pas supprimées. Le diagnostic péritonite puerpérale s'impose à leur observation. Ils prescrivent des injections vaginales avec une solution de lysol à dix pour mille, une vessie de glace sur le ventre, et du champagne pour boisson. A cinq heures, les internes trouvent la malade un peu mieux, le ventre est moins douloureux et la palpation ne permet pas de trouver l'utérus, mais fait sentir, dans la fosse iliaque gauche, une tumeur douloureuse, de consistance ferme, de la grosseur du poing. « Nous pensions, disent-ils, à un phlegmon du ligament large, ou à une tendance de la péritonite à s'enkyster ». ils font alors une injection intra-utérine avec une solution chaude de lysol à 10 pour 1000, et recommandent de continuer le traitement déjà prescrit en y ajoutant 0,75

centigrammes de quinine en trois doses, à deux heures d'intervalle chacune et, en cas de vomissements, des pilules composées d'un centigramme d'extrait thébaïque et de chlorydrate de cocaïne, pilules dont j'ai fait connaître les bons effets à la Société de Médecine pratique (séance, du 3 juillet 1890). La température axillaire est de 40°2. La nuit est assez mauvaise, il survient des vomissements peu fréquents, mais abondants, dont la matière est noirâtre et fétide.

Le 17, au matin, la malade est un peu mieux, et la température est descendue à 38°. On sent encore dans la fosse iliaque gauche une tumeur, mais elle est moins nette et moins bien limitée que la veille. Je vois la malade vers dix heures pour la première fois. L'état général n'est pas mauvais et le facies n'a rien d'hippocratique; mais le ventre est excessivement ballonné et très sensible à la palpation. Les lochies s'écoulent bien. Je fais continuer le traitement prescrit. Dans l'après-midi, la malade s'affaiblit beaucoup, le poulx devient filiforme, elle succombe le 18 à une heure du matin, juste cinq jours et dix heures après son accouchement.

Autopsie. — Accusant la sage-femme d'avoir causé la mort de sa femme par des manœuvres intempestives, le mari demande l'autopsie, qui est pratiquée le 19, à 9 heures du matin, 32 heures après la mort.

L'abdomen est encore ballonné et de couleur verte, autour de l'ombilic. Aussitôt qu'on a pratiqué l'incision longitudinale de l'abdomen, les intestins gonflés par les gaz, font saillie au dehors de la plaie. Le péritoine est rempli d'un liquide jaunâtre, d'un aspect assez analogue à la matière fécale des personnes qui se nourrissent exclusivement de lait. Mais, pressée entre les doigts,

cette substance a une consistance différente et bientôt, en soulevant un peu plus les intestins, on voit de nombreux poils dans le liquide ainsi que les anses intestinales et on ne tarde pas à reconnaître que cette substance, dont la présence est si anormale dans le péritoine, est simplement de la matière sébacée provenant de la rupture d'un kyste dermoïde, situé dans l'ovaire gauche. L'ovaire droit est rouge. Les intestins distendus par le gaz, présentent une teinte rougeâtre sur laquelle se dessinent des arborisations vasculaires plus rouges. On coupe entre deux ligatures le rectum et l'œsophage de façon à pouvoir enlever facilement toute la masse intestinale et l'examiner à loisir. En la soulevant, on fait écouler une assez grande quantité de liquide plus clair qui était retenu dans la partie supérieure de la cavité péritonéale. On remarque à la surface péritonéale, ainsi que sur le péritoine viscéral et surtout sur la surface convexe du foie, des fausses membranes dispersées en plaques irrégulières dont le diamètre varie de 0,50 centimes à celui d'une pièce de cinq francs en argent. La section passe dans le vagin au niveau du col. On voit alors nettement que le kyste dermoïde n'est qu'une transformation de l'ovaire gauche. Il s'est ouvert ou plutôt rompu par son extrémité et l'ouverture est assez grande pour permettre l'introduction des quatre doigts de la main. Son intérieur est rempli de matière sébacée et de poils ayant l'apparence de cheveux. La plupart de ces derniers sont libres, mais un certain nombre sont encore adhérents à la surface interne. Ces poils ne s'insèrent que sur une sorte de papille plate de la grandeur d'une pièce de deux francs. On n'en voit aucun sur le reste de la surface interne. Au moment de l'autopsie, ce kyste renfermait encore au moins la moitié de son contenu. L'utérus

est fendu longitudinalement, pas de pus. Près de l'orifice du col, on voit une grappe d'œufs de Naboth et la muqueuse est noire, ecchymosée, comme si elle avait été traumatisée. A l'intérieur de la cavité, la surface placentaire est recouverte d'une couche de petits caillots sanguins qu'on sépare assez facilement du reste du tissu par un léger grattage avec l'ongle. Cette surface n'a pas suppuré, elle montre que la délivrance a été complète. L'utérus avec l'ovaire droit et le kyste vidé pèse 770 grammes. Il est encore très volumineux.

Le foie est volumineux, il pèse 1,740 gr. A la section il est pâle et on y distingue des granulations rouges entourées d'une zone plus large de tissu plus gris et blanchâtre.

Le rein droit est congestionné il pèse 177 gr. On détache difficilement la capsule qui arrache avec elle plusieurs fragments de tissu. La surface présente des vascularisations très nombreuses et presque des ecchymoses. Le rein gauche est un peu plus pâle et plus gros, il pèse 490 gr., mais il est moins congestionné. La capsule est également adhérente en plusieurs points. La surface plus pâle présente cependant de nombreuses arborisations vasculaires. Les intestins étaient tellement ballonnés que le diaphragme remontait en avant jusqu'à la troisième côte. Quelques adhérences retiennent les sommets des deux poumons qui sont fortement congestionnés, surtout le lobe inférieur du poumon gauche. Les sommets des deux poumons sont retractés et présentent des cicatrices et des granulations dures qui ne sont que des tubercules transformés et noircis.

En outre, le lobe supérieur du poumon droit est emphysémateux. Le cœur couvert d'une couche de graisse considérable, est plus gros qu'à l'état normal. Est-ce un

résultat de l'hypertrophie qu'on dit se développer pendant la grossesse ? En l'ouvrant on trouve un caillot fibrineux dans le ventricule droit, les valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire sont saines. L'oreillette droite est remplie de caillots noirs dont la base est formée par de la fibrine. La valvule tricuspide est normale. Le cœur gauche ne contient pas de caillots et ses valvules sont normales. Quelques plaques d'athéromes se voient sur l'aorte, près de son origine. Le cerveau n'a pas été examiné.

CONCLUSIONS

I. — De toutes les théories émises pour expliquer la pathogénie des kystes dermoïdes de l'ovaire celle qui nous paraît la plus naturelle et la moins obscure est la parthénogénèse. Et nous admettons, avec Morel de Strasbourg, qu'en dehors de toute fécondation l'ovule peut se développer anormalement et, en se divisant, donner naissance aux nombreuses variétés de tissus que contiennent les kystes dermoïdes.

II. — Le kyste dermoïde de l'ovaire qui généralement évolue simplement quelquefois peut se compliquer de dégénérescence cancéreuse.

III. — Le diagnostic de ces tumeurs avec les autres variétés de kystes de l'ovaire est très difficile ; mais le pronostic, sauf complications est relativement favorable. Si ces kystes sont souvent tolérés au point de rester toute la vie inaperçus, ils peuvent cependant s'accompagner d'accidents douloureux et inflammatoires.

IV. — Aussi une fois reconnus, y a-t-il indications de les enlever et l'ovariotomie est formellement indiquée.

Vu par le Président de la thèse,
LABOULBÈNE

Vu :
p. le Doyen
Le Professeur Délégué
LANNELONGUE

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Boinet.* — Traité pratique des maladies de l'ovaire et de leur traitement.
- Courty.* — Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes.
- Cousin.* — Thèse de Paris, 1887.
- Cruvelhier.* — Anatomie pathologique.
- Dechambre.* — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.
- De Sinely.* — Traité des maladies des femmes.
- Flemming.* — Archives de physiologie, 1886.
- Drappier.* — J. d. sc. méd. de Lille, 1890.
- Kœberté.* — Archives de tocologie, 1878.
- Lannelongue.* — Traité des kystes congénitaux.
- Lebert.* — Mémoires de la Société de biologie, 1852.
- Maunyn.* — Bulletin de la Société anatomique, 1889.
- Hillaire Lefranc.* — Thèse de Paris, 1886.
- Masse.* — De l'origine des kystes dermoïdes (Congrès français de chirurgie).
- Lawson Trait.* — Traité des maladies des ovaires, 1886.
- Petit.* — Société obst. et gynec. de Paris, 1890.
- Poupinel.* — Thèse de Paris, 1886. — Bulletin Société anatomique de Paris, 1889.
- Péan.* — Leçons de clinique chirurgicale.
- Pozzi.* — Traité de gynécologie, 1881.
- Repin.* — Thèse de Paris, 1891.
- Reicard.* — Gazette des Hôpitaux, 1891.
- Souligoux.* — Bulletin de la Société anatomique, Paris, 1892.

Thévenard. — Bulletin Société anatomique, Paris, 1892.

Malherbe. — Bulletin Société anatomique, Paris, 1892.

Tison. — Bulletin Société anatomique Paris, 1892.

Spencer-Wells. — Des tumeurs abdominales, 1886.

Verneuil. — Mémoires sur l'inclusion scrotale et testiculaire. — Archives générales de médecine, 1855.

Pilliet. — Tribune médicale, 1893.

